

Copy of TablaCasos

Iniciales paciente (1n 1a 2a)	Caso	Propuesta	Decision de la junta	Comentarios	Referencias	Fecha Sometimiento	Nombre del médico	Track/Necesidad	CIE10	Fecha de la junta
GGG	<p>Nacido en 06/1949. Paciente con cáncer de próstata de alto riesgo (grupo 5) diagnosticado en 08/2014, PSA <10, tratado con prostatectomía radical (T2a N0 MO - Gleason 5+4: 9, Estadío IIB), seguido por radioterapia (10/03/2015 y 29/04/2015) con bloqueo androgénico con leuprolide.</p> <p>En XX/11/2017: Terminó bloqueo androgénico.</p> <p>En XX/11/2017: PSA 0.04.</p> <p>En 09/01/2018: PSA 0.08</p> <p>En 02/04/2018: PSA 0.16</p> <p>En 26/06/2018: PSA 0.46</p> <p>En 22/08/2018: PSA 0.59.</p> <p>En 09/10/2018: PSA 1.00.</p> <p>En 06/11/2018: PET-Colina: Metástasis en apófisis transversa de T2 sin correlato de imagen, adenopatía retroperitoneal de 1.6 cm.</p> <p>Se discute en extenso. Se trata de una CSPC metástasis de bajo riesgo (menos de 3 sitios afectados, y sin compromiso visceral) sensible a la castración (al menos, potencialmente). Se recomienda bloqueo androgénico (ojalá continuo, pero se puede analizar la posibilidad de intermitente). Se debe considerar la posibilidad de SBRT (radiocirugía) a los 2 sitios afectados. Se presentará en junta multidisciplinaria.</p>	Para consideración de SBRT con intención curativa.	Se discutió con el Dr. David Gómez, quien está de acuerdo con la recomendación.		Ost, P., Reynnders, D., Decaestecker, K., Fonteyne, V., Lumen, N., De Bruycker, A., ... De Meerleer, G. (2018). Surveillance or Metastasis-Directed Therapy for Oligometastatic Prostate Cancer Recurrence: A Prospective, Randomized, Multicenter Phase II Trial. <i>Journal of Clinical Oncology</i> , 36(5), 446–453. https://doi.org/10.1200/JCO.2017.75.4853	12-Nov-2018	MLM	Oncología urológica	C61X	13-Nov-2018
ADG	<p>10-18: 53 años. HT, dislipidemia. Carcinoma ductal in situ de mama izquierda, no comedo, unión cuadrantes mediales. cTis cN0 MO, estadio 0 > Cuadrantectomía de mama derecha + BGC (25-10-18): pTis pN0(sn), tamaño tumoral 2 mm, márgenes libres (4-5 mm). No IHQ aún.</p>	Consideraciones de manejo sin radioterapia.	En 13/11/2018, en junta multidisciplinaria de decisión, se encuentra una decisión dividida con respecto a radioterapia. En general, con la excepción de radioterapia, se considera que el manejo SIN radioterapia es aceptable. La paciente va a ser evaluada por radioterapia.			09-Nov-2018	F. Herazo	Radioterapia	d059	13-Nov-2018
FUU	<p>Nacido 10/1925. Carcinoma de próstata gleason 4 + 4, diagnosticado en 24/07/2008, PSA >573. Inició leuprolide y bicalutamida en 15/12/2009. Nadir de 0.64 en 02/06/2010. Con progresión lenta, pauci-sintomática, con doblaje cada 6 meses, hasta 01/2014 con doblaje en 3 meses. Se inicia radioterapia pélvica en 21/07/2014, que terminó en 22/09/2014. Con progresión establecida en 10/12/2014. Inició abiraterona en 12/12/2014. En 16/03/2018: Con metástasis óseas por gammagrafía (4 grupos) ypM1b.</p> <p>En 21/05/2018: Se establece futilidad de abiraterona por triple criterio (clínico, imagenológico, químico).</p> <p>En 07/11/2018: Aumento del PSA (88; en 05/2018: 55), con dolores poliostóticos, PSI.</p>	<p>Se discute en extenso. Como tiene sintomatología POLIOSTÓTICA, no considero que se beneficie de raditoerapia en cada uno de los sitios. Siempre hemos tenido respeto a la quimioterapia por su edad. Se realiza la valoración de riesgo geriátrico (ver referencia), y obtiene un puntaje de 12/17, que lo ubicaría en "vulnerable" (con 15 o más es "fit", pero hay que entender que si tiene más de 85 años, ya le quitan 2 puntos). Pese a lo anterior. Considero que si se va a beneficiar de quimioterapia, debe realizarse en este momento. Se analizan con detenimiento los efectos secundarios, y el paciente está dispuesto a aceptar el tratamiento propuesto. Como la recomendación es altamente inusual, se presentará en junta multidisciplinaria de decisión para que ayude a la toma de decisiones que tenga una mayor objetividad que la que puede alcanzar el suscrito.</p> <p>Se ordena gammagrafía ósea.</p>	En 13/11/2018, en junta multidisciplinaria de decisión, se recomienda realizar un PET-colina y si se ratifica que es enfermedad ósea se procede con Radium-223. En caso de que no cumpla criterios de inclusión de ALSYMPCA, se prodedería con Docetaxel 60 mg/m2. Se remite a radioterapia para posible paliación con radioterapia convencional.		Thompson, A. L., Sarmah, P., Beresford, M. J., & Jefferies, E. R. (2017). Management of metastatic prostate cancer in the elderly: identifying fitness for chemotherapy in the post-STAMPEDE world. <i>BJU International</i> , 120(6), 751–754. https://doi.org/10.1111/bju.13990	07-Nov-2018	MLM	Oncología urológica	C61X	13-Nov-2018
MDR	<p>Nacida en 12/1956. *Con antecedente de cáncer de mama en 2010, luminal a, estadio I, en adyuvancia con tamoxifén. En 31/12/2013: quien presenta con un adenocarcinoma seroso pobremente diferenciado de ovario estadio IV (compromiso hepático, derrame pleural, pelvis congelada, carcinomatosis peritoneal), Ca 125 de 3900, no citoreducible, En 17/02/2014: Inició Carboplatino + Paclitaxel</p> <p>En 10/03/2014: Se adiciona bevacizumab.</p> <p>En 02/07/2014:Termina ciclo número 6</p> <p>En 02/07/2014: Respuesta parcial</p> <p>En 03/2015: Terminó bevacizumab</p> <p>En 20/04/2015: Citorreducción óptima</p> <p>En 25/01/2016: Re caída en tejidos blandos</p> <p>En 08/02/2016: Inició carboplatino</p> <p>En 16/06/2017: Respuesta parcial</p> <p>En 17/06/2018: Último ciclo de carboplatino.</p> <p>En 10/07/2018: Progresión serológica (Ca 125: 48), TAC con implante en FII y adenopatía por delante de curvatura mayor de 45 y 12 mm.</p> <p>En 29/04/2018: Laparoscopia operatoria con implantes en la torta de epiplón. Resección R0 (GAC).</p> <p>En 18/09/2018: Reinicia carboplatino.</p> <p>En 24/09/2018: se encuentra variante probablemente patogénica en la muestra que proviene del tumor (BRCA1, c.5207del p.(Ser1736Thrfs*5 - CENTOGENE). -- No mutación de línea germinal.</p> <p>En 30/10/2018: Ciclo de carboplatino.</p>	Se discute en extenso. Se recomienda proceder con Olaparib pues satisface los criterios del SOLO2	En 13/11/2018, en junta multidisciplinaria de decisión, se ratifica la recomendación del médico tratante.		Pujade-Lauraine, E., Ledermann, J. A., Selle, F., GebSKI, V., Penson, R. T., Oza, A. M., ... Vergote, I. (2017). Olaparib tablets as maintenance therapy in patients with platinum-sensitive, relapsed ovarian cancer and a BRCA1/2 mutation (SOLO2/ENGOT-Ov21): a double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trial. <i>The Lancet. Oncology</i> , 18(9), 1274–1284. https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30469-2	07-Nov-2018	MLM	Gineco-oncología	C56X	13-Nov-2018